



CERTIFICAT MÉDICAL UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

1^{re} partie – Informations relatives à l'enfant Parent/Tuteur : veuillez renseigner clairement et intégralement la 1^{re} partie, puis signer la 5^e partie ci-dessous.

Nom de l'enfant :	Prénoms de l'enfant :	Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Race/Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Blanc non hispanique <input type="checkbox"/> Noir non hispanique <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Asiatique ou natif des îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Autre
Nom du parent ou tuteur :	Téléphone : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Professionnel	Adresse personnelle :		Quartier :
Contact en cas d'urgence :	Numéro en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Professionnel	Ville/État (si différent du DC)		Code postal :
École ou garderie :	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> Néant <input type="checkbox"/> Autre		Médecin traitant (PCP) :	

2^e partie – Antécédents médicaux de l'enfant, examens et recommandations Prestataire : le formulaire doit être intégralement rempli.

DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL :	Poids : <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Taille : <input type="checkbox"/> po <input type="checkbox"/> cm	PA : (> à 3 ans) <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	Indice de masse corporelle (> à 2 ans) (IMC) %
HGB/HCT (obligatoire pour le programme Head Start)	Examen ophtalmologique Œil droit 20/____ Œil gauche 20/____ <input type="checkbox"/> Lunettes Référé		Examen auditif Satisfaisant _____ Non Satisfaisant _____ <input type="checkbox"/> Référé	
PROBLÈMES DE SANTÉ :	RÉFÉRÉ ou TRAITÉ	PROBLÈMES DE SANTÉ :	RÉFÉRÉ ou TRAITÉ	
Asthme	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Troubles du langage/de la parole	Néant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Prescription
Épilepsie	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Troubles du développement/comp	Néant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Prescription
Diabète	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<u>Autre</u>	Néant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Prescription
VISITE ANNUELLE CHEZ LE DENTISTE : (3 ans et plus) l'enfant a-t-il consulté un dentiste/spécialiste dentaire au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

A. Antécédents médicaux, affections, maladie contagieuse ou restrictions susceptibles d'affecter la capacité de l'enfant à participer à une activité sportive ou à une activité de l'école, de la garderie ou de l'institution. Néant OUI, veuillez développer :

C. Allergies alimentaires/médicamenteuses/environnementales pouvant impliquer des soins médicaux d'urgence lors d'une activité sportive ou d'une activité de l'école, de la garderie ou de l'institution.

Néant OUI, veuillez développer :

D. Traitements à long terme, prises de médicaments en vente libre ou soins particuliers.

Néant OUI, veuillez développer (pour tout médicament administré pendant les heures scolaires, ce formulaire devra être accompagné d'une autorisation de traitement médical)

3^e partie – Évaluation des risques de tuberculose et d'exposition au plomb :

ÉVALUATION DU RISQUE DE TB	ÉLEVÉ/FAIBLE	Date du test cutané à la tuberculine (TST) :	<input type="checkbox"/> NÉGATIF <input type="checkbox"/> POSITIF	Si le TST est positif, <input type="checkbox"/> RP négative <input type="checkbox"/> RP positive <input type="checkbox"/> Traité	Prestataire : tout TST POSITIF doit être soumis à l'évaluation du médecin traitant. Pour toute question, appelez le programme de
RISQUE D'EXPOSITION AU PLOMB	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> FAIBLE	DATE DU TEST DE DÉPISTAGE DU	RÉSULTAT :	Prestataire : TOUS les niveaux de	communiqués au programme de prévention

4^e partie – Attestation et signature du prestataire requises

OUI NON Cet enfant a fait l'objet d'un examen minutieux avec étude des antécédents médicaux. Au moment dudit examen, cet enfant a été jugé dans un état de santé satisfaisant lui permettant de participer à toutes les activités de l'école, de l'institution et de la garderie, à l'exception des précisions ci-dessus.

OUI NON Cet athlète est autorisé à pratiquer des sports en compétition.

OUI NON Examen médical selon l'âge de l'enfant effectué pendant l'année en cours. Si NON, veuillez développer :

Nom en majuscules	Signature du prestataire	Date
Adresse	Téléphone	Fax

5^e partie – Signature du parent/tuteur requise (autorisation de divulgation des informations médicales)

J'autorise la personne/l'organisme signataire de l'examen médical à partager les informations médicales contenues dans le présent formulaire avec l'établissement scolaire de l'enfant, sa garderie, son institution ou toute agence concernée du gouvernement du DC.

Nom en majuscules Signature Date

CERTIFICAT MÉDICAL UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

Nom de l'élève : _____ / _____ / _____
 (nom) (1^{er} prénom) (2^e prénom)

Date de naissance : _____ / _____ / _____
 mois/jour/année

Sexe : Masculin Féminin École ou garderie _____ Établissement : _____

Section 1 – Vaccination : remplissez le formulaire ou joignez une copie de l'original signée et datée par le prestataire.

VACCINS	INDIQUEZ LES DATES COMPLÈTES (mois/jour/année) D'INJECTION DES DOSES						
	1	2	3	4	5		
Diphtérie, tétanos et coqueluche (DTP,DTaP)							
DT (< à 7 ans) / Td (> à 7 ans)							
Rappel du Tdap							
Haemophilus influenza de type b (Hib)							
Hépatite B (Hép. B)							
Polio (VPI/VPO)							
Rougeole, oreillons et rubéole (ROR)							
Rougeole							
Oreillons							
Rubéole							
Varicelle							
				Antécédents de varicelle : Oui _____ En date du : mois _____			
				Constaté par : _____ (prestataire de santé)			
				Nom et fonction _____			
Anti-pneumococcique conjugué							
Hépatite A (Hép. A) (nés après le 01/01/2005)							
Méningocoques							
Papillomavirus humains (HPV)							
Grippe (recommandé)							
Rotavirus (recommandé)							
Autre							

Signature du prestataire de santé _____ Nom en majuscules ou cachet _____ Date _____

Section 2: MEDICAL EXEMPTION. For Health Care Provider Use Only.

I certify that the above student has a valid medical contraindication to being immunized at the time against: (check all that apply)

Diphtheria: Tetanus: Pertussis: Hib: HepB: Polio: Measles: Mumps: Rubella: Varicella:

Pneumococcal: HepA: Meningococcal: HPV:

Reason: _____

This is a permanent condition () or temporary condition () until ____/____/____.

Signature of Medical Provider _____ Print Name or Stamp _____ Date _____

Section 3: Alternative Proof of Immunity. To be completed by Health Care Provider or Health Official..

I certify that the student named above has laboratory evidence of immunity: (Check all that apply & attach a copy of titer results)

Diphtheria: Tetanus: Pertussis: Hib: HepB: Polio: Measles: Mumps: Rubella: Varicella: _____

Pneumococcal: HepA: Meningococcal: HPV:

Signature of Medical Provider _____ Print Name or Stamp _____ Date _____